



You have downloaded a document from
RE-BUŚ
repository of the University of Silesia in Katowice

Title: Wybrane cechy pacjenta i terapeuty a powodzenie psychoterapii na przykładzie filmu "Buntownik z wyboru" (Good Will Hunting)

Author: Renata Kleszcz-Szczyrba

Citation style: Kleszcz-Szczyrba Renata. (2014). Wybrane cechy pacjenta i terapeuty a powodzenie psychoterapii na przykładzie filmu "Buntownik z wyboru" (Good Will Hunting). W: M. Brol, A. Skorupa (red.), "Psychologiczna praca z filmem" (S. 151-182). Katowice : Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.



Uznanie autorstwa - Użycie niekomercyjne - Bez utworów zależnych Polska - Licencja ta zezwala na rozpowszechnianie, przedstawianie i wykonywanie utworu jedynie w celach niekomercyjnych oraz pod warunkiem zachowania go w oryginalnej postaci (nie tworzenia utworów zależnych).



UNIwersytet ŚLĄSKI
W KATOWICACH



Biblioteka
Uniwersytetu Śląskiego



Ministerstwo Nauki
i Szkolnictwa Wyższego

Renata Kleszcz-Szczyrba

Wybrane cechy pacjenta i terapeuty a powodzenie psychoterapii na przykładzie filmu „Buntownik z wyboru” (*Good Will Hunting*)

Film: Buntownik z wyboru (*Good Will Hunting*), prod. USA, 1997, reż. Gus Van Sant, czas trwania: 126 min

Obszary psychologii: psychoterapia, psychologia stosowana, psychologia kliniczna, psychologia zdrowia i jakości życia, psychopatologia

Omawiane zagadnienia: czynniki niespecyficzne w psychoterapii; cechy pacjenta a powodzenie psychoterapii; motywacja oraz poziom zaburzenia; cechy terapeuty a powodzenie psychoterapii; zdrowie psychiczne psychoterapeuty oraz jego kwalifikacje i doświadczenie; znaczenie relacji terapeutycznej dla powodzenia psychoterapii; zjawiska przeniesieniowe w relacji terapeutycznej

Zastosowanie: studia psychologiczne oraz przedmioty psychologiczne, tematycznie związane z podstawami psychoterapii, inne kierunki studiów oraz praca z osobami interesującymi się psychologią i psychoterapią

Zanim przeczytasz:

Stopień, w jakim rozdział ujawnia fabułę filmu: 4/5

Czy rozdział ujawnia zakończenie filmu? TAK

Wprowadzenie

Omawianie zagadnień z obszaru psychoterapii w odniesieniu do jakiegokolwiek filmu fabularnego jest trudnym zadaniem. Owa trudność związana jest z faktem, iż filmy fabularne zawierające wątki scenariuszowe z obszaru psychoterapii nie prezentują całości procesów terapeutycznych, nie konkretyzują podejść terapeutycznych, w jakich prowadzona jest terapia, nie kierują się doniesieniami naukowymi na ten temat, a jedynie potocznym rozumieniem zjawiska, wreszcie

nie mają na celu nauczania psychoterapii. Potoczne wyobrażenie o byciu psychoterapeutą często sprowadza się do traktowania tego „zajęcia” jako pracy lekkiej, łatwej i przyjemnej — ot, zwykłej rozmowy. W końcu coś trudnego w tym, żeby kogoś wysłuchać, powiedzieć mu miłe słowo, doradzić, nakreślić rozwiązanie, czy dać jakąś wskazówkę. Jednak nic bardziej mylnego. Profesjonalna psychoterapia nie jest dziełem przypadku, jest to proces, który jest od początku do końca przemyślany i kontrolowany przez terapeutę.

Nie istnieje jednolita teoria psychoterapii, co oznacza, iż nie ma jednego jej paradygmatu, w którym pracowaliby wszyscy psychoterapeuci. Można jednak wyodrębnić cztery jej główne nurty teoretyczne: psychoanalityczny, humanistyczno-egzystencjalny, poznawczo-behawioralny oraz systemowy (por. Czabała, 2006; Grzesiuk, 2005; Kratochvil, 2003; Prochaska, Norcross, 2006). Każdy z tych nurtów, bazując na określonej teorii psychologicznej, posługuje się własną koncepcją rozwoju i funkcjonowania człowieka, własną teorią powstawania zaburzeń, własną koncepcją celu terapii oraz własnymi technikami pracy terapeutycznej, co składa się na specyfikę pracy w danym nurcie.

Mimo tej wielkiej różnorodności podejść i szkół psychoterapii, badacze coraz częściej poszukują ich cech wspólnych, mających znaczenie niezależne od paradygmatów, tzw. czynników niespecyficznych (por. Grzesiuk, Suszek, 2010; Jędrasik-Styła, Styła, 2009). Wśród zmiennych mogących mieć wpływ na efektywność psychoterapii, oprócz stosowanych w niej specyficznych metod najczęściej wymienia się: właściwości terapeuty, właściwości pacjenta oraz właściwości procesu terapeutycznego (por. Czabała, 2006).

Zatem w psychoterapii istotne znaczenie mają dwie grupy czynników: czynniki specyficzne, będące szczególnymi właściwościami określonego podejścia teoretycznego, oraz czynniki niespecyficzne, obejmujące pewne obszary wspólne różnym podejściom i okoliczności pracy terapeutycznej. Podział ten wyraźnie sugeruje, iż istnieją pewne przewidywalne i łatwo identyfikowalne zmienne „paradygmatyczne” określające specyfikę procesu psychoterapii (czynniki specyficzne) oraz obszary, które dla przeciwwagi można nazwać zmiennymi trudno przewidywalnymi, niezależnymi od paradygmatu, dodatnio lub ujemnie modyfikującymi kierunek procesu terapeutycznego (czynniki niespecyficzne). Niniejszy rozdział stanowi próbę zaprezentowania wybranych czynników niespecyficznych, a ściślej mówiąc takich właściwości pacjenta, terapeuty oraz relacji między nimi, które wydają się kluczowe dla powodzenia terapii i znajdują swoje odzwierciedlenie w proponowanym do psychologicznej analizy filmie. Film „Buntownik z wyboru”, bo o nim mowa, doskonale ujmuje kluczowe, związane z osobą terapeuty i pacjenta, aspekty pracy terapeutycznej. Obraz ów zyskał sobie ogromną popularność pod koniec lat 90. XX wieku. Dzięki doskonałej fabule i świetnej obsadzie, uhonorowaniu licznymi nagrodami dotarł do szerokiej rzeszy odbiorców na całym świecie i do dziś jest chętnie oglądany. Ciekawym doświadczeniem może być obejrzenie go po raz kolejny, lecz tym razem z zupełnie innego punktu

widzenia — jako swoistego studium pracy terapeutycznej i tego, co dla jej powodzenia jest najistotniejsze.

Krótki opis filmu

„Buntownik z wyboru” to opowiadający historię młodego, wybitnie uzdolnionego matematycznie młodzieńca dramat obyczajowy. William Hunting, bohater owego obrazu, jest zatrudniony jako sprzątacznik w *Massachusetts Institute of Technology* (Instytucie Technologicznym w Massachusetts), jednej z najbardziej prestiżowych uczelni technicznych świata. Pewnego razu na uczelnianym korytarzu rozwiązuje matematyczne zadanie będące wyzwaniem rzuconym studentom przez jednego z profesorów. Nikt z personelu szkoły nie domyśla się, że to młody William znalazł jego rozwiązanie, a sam chłopak się do tego nie przyznaje. Ostatecznie prawda wychodzi na jaw, a pracownicy szkoły są zszokowani talentem młodzieńca. Profesor, który opracował zadanie, postanawia zaopiekować się wykazującym tak niebywały talent chłopakiem. Bierze go pod swoje skrzydła i stawia sobie za cel wykrzesanie z młodego geniusza jak najwięcej, co jednak okazuje się nie tak proste, jak mu się wydawało. Chłopak ma bardzo buntowniczy charakter, woli wieść rozrywkowe życie, wałęsać się po barach i uczestniczyć w bójkach, niż rozwiązywać zadania. Matematyk postanawia pomóc chłopakowi dojść do psychicznej równowagi. W tym celu posyła go na terapie do renomowanych psychoterapeutów. Kiedy żaden z nich nie jest w stanie nawet rozpocząć terapii z niezmiernie kłopotliwym klientem, profesor zwraca się o pomoc do swego dawnego kolegi, psychoterapeuty, który zgadza się podjąć pracę terapeutyczną z Willem. Początkowo jego wysiłki pozornie nie przynoszą zamierzonych efektów, na linii chłopak—psychiatra dochodzi do sprzeczek i konfliktów. W międzyczasie skłócony z życiem młodzieniec zakochuje się w studentce o imieniu Skylar, która ma wobec niego poważniejsze zamiary. Will popada we frustrację, jest zdezorientowany, musi bowiem dokonać wyboru: albo kobieta i kariera naukowa, albo życie nagminnie łamiącego prawo pijaczyny. Chłopakiem kierują emocje, nie potrafi wybrać, co jest dla niego lepsze. Łamie konwenanse, rezygnuje z pracy nad własną psychiką i umysłowymi umiejętnościami. Odrzuca propozycję pracy dla rządu, porzuca też dziewczynę, która w związku z tym wyjeżdża. Jednak Will szczęśliwie, uczestnicząc w psychoterapii, osiąga wewnętrzną równowagę psychiczną i wyrusza śladem utraconej kobiety, by odzyskać jej względy.

Oryginalny tytuł filmu, *Good Will Hunting*, to specyficzna gra słów. Jego główny bohater ma na imię William (zdrobniale: Will), a na nazwisko Hunting. W języku angielskim *good will* oznacza dobrą wolę, a z kolei *hunting* — poszukiwanie. Zatem tytuł owego filmu można tłumaczyć jako „Poszukiwanie dobrej

woli” (u Willa Huntinga). Z drugiej strony w oryginalnym tytule znajduje się imię i nazwisko głównego bohatera (Will Hunting), które bezpośrednio można przetłumaczyć jako „Dobry Will Hunting”.

Polskie tłumaczenie tytułu, „Buntownik z wyboru” skłania ku interpretacji, że funkcjonowanie głównego bohatera nie jest na stałe zdeterminowane, ale w jakimś sensie stanowi wynik nieświadomie przez niego wybranego sposobu bycia, a zatem podlega zmianie możliwej do osiągnięcia w psychoterapii. Ów nieświadomy wybór ma swoje uzasadnienie w trudnym dzieciństwie Willa, którego chłopak się wstydi i które usiłuje wyprzeć ze swej pamięci.

Film zdobył wiele prestiżowych nagród, w tym dwie statuetki Oscara: za scenariusz oryginalny, którego autorami byli Matt Damon (odtwórca głównej roli) oraz Ben Affleck (filmowy przyjaciel głównego bohatera), oraz za najlepszą rolę drugoplanową, kreowaną przez Robina Williamsa, który wcielił się w postać skutecznego psychoterapeuty Seana Maguire’a.

Prezentacja zagadnień

Jak wspomniano we wprowadzeniu, wśród zmiennych niespecyficznych mogących mieć wpływ na efektywność psychoterapii wymienia się: **właściwości terapeuty**, **właściwości pacjenta** oraz **właściwości procesu psychoterapii** (por. Czabała, 2006).

Wśród **cech pacjenta** mających wpływ na powodzenie psychoterapii wymienia się: jego cechy demograficzne, poziom zaburzenia, poziom trudności interpersonalnych, siłę jego Ego, inteligencję, poczucie wewnętrznej lub zewnętrznej kontroli, oczekiwania wobec psychoterapii, zaangażowanie w proces terapii oraz preferencje w zakresie metody terapeutycznej (por. Rakowska, 2006). W tekście zostaną szczegółowo omówione i poparte analizą fragmentów filmu następujące cechy pacjenta: jego motywacja, czyli zaangażowanie w proces terapii, oraz poziom zaburzenia i związany z nim poziom trudności interpersonalnych.

Wśród **cech terapeuty** mających wpływ na powodzenie psychoterapii wymienia się: cechy demograficzne, kwalifikacje i doświadczenie, zdrowie psychiczne, cechy osobowości, cechy związane z wpływem społecznym, oczekiwania związane z rezultatami terapii, dyrektywność oraz przestrzeganie reguł modelu terapii (por. Ibid.). W artykule będą też szczegółowo omówione i poparte analizami fragmentów filmu czynniki związane z kwalifikacjami i doświadczeniem terapeuty oraz z jego zdrowiem psychicznym.

Na koniec zostanie omówione znaczenie **relacji terapeutycznej** (kreowanej przez terapeutę i pacjenta) dla skuteczności psychoterapii, a zwłaszcza znaczenie zjawisk przeniesieniowych w tej relacji.

Cechy pacjenta a powodzenie psychoterapii

Motywacja

Motywacja pacjenta do podjęcia psychoterapii stanowi jeden z kluczowych elementów powodzenia leczenia. Silnie **wewnętrznie zmotywowani** pacjenci czynią w toku procesu psychotherapeutycznego największe postępy (por. Kulik, Bieniasz, Pacian, Janiszewska-Grzyb, 2009). Wewnętrzna motywacja do podjęcia psychoterapii pojawia się wówczas, kiedy pacjent doświadcza określonego cierpienia oraz pojawia się w nim nadzieja na zmianę.

Towarzysząca bohaterowi omawianego filmu motywacja do podjęcia psychoterapii jest **motywacją zewnętrzną**, gdyż wynika z nacisków jego opiekuna naukowego. Świadczy o tym scena rozgrywająca się w 26 minucie filmu, kiedy to profesor Gerald Lambeau rozmawia w więzieniu z odbywającym tam karę Willem:

Profesor: „Rozmawiałem z sędzią. Zgodził się wypuścić cię pod moim nadzorem.”

Will: „Naprawdę?”

Profesor: „Ale są dwa warunki.”

Will: „Jakie?”

Profesor: „Pierwszy, że będziemy się co tydzień spotykać.”

Will: „Po co?”

Profesor: „Przejrzymy twój dowód i przejdziemy do bardziej zaawansowanej matematyki (...) **A drugi warunek to że spotkasz się z terapeutą.**”

Will: [śmiech]

Profesor: „Jestem zobowiązany, żeby pisać raporty z naszych spotkań. **Jeżeli nie spełnisz któregoś z warunków, będziesz musiał tu zostać.**”

Will: „Zgadza się na matkę ale nie spotkam się z pieprzonym terapeutą.”

Profesor: „Czy to nie lepsze niż siedzieć w więzieniu?”

Decyzja o rozpoczęciu psychoterapii, podjęta pod wyraźnym wpływem osób z otoczenia pacjenta bądź uwarunkowana chęcią osiągnięcia innych wtórnych korzyści (tu: zwolnienia z więzienia), jest podejmowana przez osoby uzależnione oraz przez pacjentów z zaburzeniami osobowości (Aleksandrowicz, 2000). Motywacja tego rodzaju stanowi niezwykle utrudnienie w rozpoczęciu i kontynuowaniu psychoterapii. Osoba zmuszona do leczenia może grać przed terapeutą rolę „dobrego pacjenta”, stwarzając pozory udanej współpracy oraz manipulując pomagającym przez pewien czas, dopóki jej postawa nie zostanie ujawniona (Grzesiuk, 2000). Tego typu manipulacje możemy zaobserwować w scenach rozgrywających się w 28 oraz w 30 minucie filmu, kiedy Will trafia do pierwszych terapeutów. Początkowo sprawia wrażenie, że z nimi współpracuje, jednak już

po krótkiej chwili można się zorientować, jak bardzo lekceważy osobę lekarza, ostatecznie prowokując odrzucenie przez niego.

Z poczynionych na przestrzeni lat obserwacji wielu badaczy wynika, że motywacja do poddania się terapii może się zmieniać zarówno w trakcie jej trwania, jak i w czasie oczekiwania na nią, zatem nie można jej postrzegać jako trwałej cechy charakterystycznej pacjenta (por. Sifneos, 1978; Deci, Ryan, 1985; Hanna, 1996).

Diagnoza motywacji pacjenta do poddania się terapii jest bardzo ważna dla jej przebiegu, i to na różnych jej etapach. Uruchomienie wewnętrznej motywacji u pacjenta zmotywowanego zewnętrznie powinno być celem pracy terapeutycznej zwłaszcza na początku procesu psychoterapii, gdyż tylko pacjent zmotywowany do zmiany ma szansę ją osiągnąć. Sean Maguire — psychoterapeuta Willa Huntinga — pierwsze sesje terapeutyczne poświęca budowaniu motywacji pacjenta przez kierowanie jego uwagi do wewnątrz siebie. Świadczy o tym dobitnie jedna z kluczowych scen filmu, kiedy Sean zabiera Willa na sesję do parku (45 minuta filmu). Monolog, jaki wówczas wygłosił, ma charakter interwencji terapeutycznej służącej budowaniu motywacji. Próba użycia „języka” pacjenta, użycie przez psychoterapeutę metafor, jego nacisk na decydowanie pacjenta o sobie, nakłanianie go do dokonywania samodzielnych wyborów, zmiana jego optyki z „wiem” na „doświadczam” to tylko niektóre metody służące poprawieniu czy wręcz zbudowaniu motywacji klienta do terapii (por. Potoczek, 1996). Użycie właśnie tych metod możemy zaobserwować we wspomnianej scenie.

Sean Maguire: „Zastanawiałem się nad tym, co wtedy mówiłeś. O moim obrazku. Przez pół nocy o tym myślałem. Wreszcie coś pojąłem. Zapadłem w długi, spokojny sen. Przestałem się nad tym zastanawiać. Wiesz, co zrozumiałem? Po prostu dzieciak z ciebie. Nie wiesz, o czym mówisz. Nie byłeś nigdy poza Bostonem? Zapytany o sztukę, przytoczysz każdą napisaną na ten temat książkę. Michał Anioł. Dużo o nim wiesz: dzieło życia, poglądy polityczne, relacje z papieżem, orientacja seksualna. **Ale nie możesz mi opisać zapachu Kaplicy Sykstyńskiej. Nigdy nie stałeś tam i nie patrzyłeś na to piękne sklepienie. Nie widziałeś go.** Gdybym cię spytał o kobiety, prawdopodobnie podałyś mi całą listę upodobań. Może nawet parę razy kogoś przeleciałaś. **Ale nie opowiesz mi, jak to jest budzić się obok kobiety i czuć się naprawdę szczęśliwym.** Twardziel z ciebie. Jeśli spytam cię o wojnę, zacytujesz mi Szekspira: „Znów bitwa przed nami, przyjaciele moi.” **Ale nigdy nie byłeś na wojnie. Twój najlepszy kumpel nie umierał na twoich kolanach prosząc cię o pomoc.** Zapytany o miłość, zacytujesz sonet. **Ale nigdy, patrząc na kobietę, nie czułeś się kompletnie bezbronny, ale równocześnie nieskończenie szczęśliwy.** Jakby Bóg właśnie dla ciebie zesłał anioła, który potrafi uratować cię przed całym złem. **I nie wiesz, jak to jest być jej aniołem...** Kochać ją, być dla niej zawsze, w każdej chwili, gdy umiera na raka. Nie wiesz, jak to jest spędzić dwa miesiące przy szpitalnym łóżku, trzymając jej rękę i kiedy lekarze widzą w twoim spojrzeniu,

że ciebie godziny odwiedzin nie dotyczą. Nic nie wiesz o prawdziwej stracie, bo to się zdarza tylko jeśli kochasz kogoś bardziej niż samego siebie. Wątpię, że pozwoliłeś sobie kogoś tak kochać. Patrzę na ciebie i nie widzę inteligentnego, pewnego siebie mężczyzny. Widzę zarozumiałego, przerażonego chłopca. Ale jesteś geniuszem, Will. Nikt nie zaprzeczy. Prawdopodobnie nikt nie pojmie twojej głębi. Jednak uważasz, że wiesz o mnie wszystko, bo widziałeś mój obrazek. **Jesteś sierotą, prawda? Myślisz, że ja od razu wiem, jak trudne było twoje życie, jak się czujesz, kim jesteś, bo przeczytałem „Oliviera Twista”?** Wystarczająco cię to określa? Gównu mnie to obchodzi, ponieważ **nie dajesz mi niczego, czego nie mógłbym znaleźć w jakiejś pieprzonej książce. Chyba że pogadamy o tobie. Kim jesteś? To mnie fascynuje. Tego chcę. Ale ty tego nie chcesz, prawda? Przeraża cię to, co mógłbyś powiedzieć. Twój ruch, wodzu.**

Czynnikiem motywującym każdego pacjenta do zmiany jest **cierpienie psychiczne**. Niektórzy badacze (Mohr i in., 1990) wyróżnili dwie jego kategorie: cierpienie związane z indywidualnymi trudnościami konkretnej osoby oraz to wynikające z niepowodzeń w sferze kontaktów interpersonalnych. Drugiego z nich główny bohater omawianego filmu zaczyna doświadczać, gdy zakochuje się w pewnej studentce i zaczyna mu bardzo zależeć na stworzeniu z nią autentycznego związku. Aby stało się to możliwe, Will musi się zmienić, to znaczy zacząć być szczerym wobec samego siebie i innych. Jest to punkt zwrotny w psychoterapii Willa — następuje wówczas zmiana jego motywacji z zewnętrznej na wewnętrzną (sesja u terapeuty w 54 minucie filmu).

W ramach każdej kultury istnieje zbiór oczekiwań, dotyczących zmian, jakie powinny następować w życiu każdego człowieka od momentu narodzin aż do naturalnej śmierci. **Normy kulturowe** odnoszące się do przebiegu życia z jednej strony ułatwiają określenie drogi życiowej i wytyczanie celów, z drugiej strony powodują dyskomfort i poczucie ograniczenia, narzucając określony sposób postępowania w określonym czasie (Brzezińska, Stolarska, Zielińska, 2001).

Doświadczanie przez człowieka upływu czasu w praktyce związane jest z jego przechodzeniem przez poszczególne etapy życia, z których każdy niesie ze sobą określone wyzwania i zagrożenia, stanowiąc okazję do opartego na zdobywanym doświadczeniu samorozwoju, bądź niosąc ze sobą ryzyko psychicznej dezintegracji. Przedstawiciel psychoterapii systemowej Jay Haley (1995), analizując owe etapy, odnosi je do cyklu życia rodziny, w którym wyróżnia: okres zalotów, małżeństwo, pojawienie się dzieci, wiek średni, rozstawanie się z dziećmi oraz wiek podeszły. Główny bohater filmu jest w swoim rozwoju osobistym na etapie wchodzenia w dorosłość — w okres zalotów, będący wstępem do założenia własnej rodziny. Niezależnie od tego, z jakiej perspektywy zostanie dokonana ocena cyklu życia i zachodzących w nim wydarzeń, każdy z jego etapów wiąże się z zaspokajaniem określonych potrzeb, a także stawia przed jednostką konkretne wymagania. Jeśli jednostka z określonych powodów (uświadamianych sobie przez

nią bądź nie oraz zależnych od niej bądź nie) nie jest w stanie tym wymaganiom sprostać ani zaspokoić pojawiających się na danym etapie potrzeb, zaczyna funkcjonować nieprawidłowo w wymiarze emocjonalnym, behawioralnym lub społecznym. Tak dzieje się w przypadku głównego bohatera omawianego filmu: bardzo zależy mu na związku z dziewczyną, ale boi się w ten związek zaangażować (54 minuta filmu):

Will: „W zeszłym tygodniu byłem na randce...”

Psychoterapeuta: „Jak ci poszło?”

Will: „Dobrze.”

Psychoterapeuta: „Planujesz następne?”

Will: „Nie wiem.”

Psychoterapeuta: „Czemu?”

Will: „Nie zadzwoniłem.”

Psychoterapeuta: „Amator.”

Will: „Nie martw się o mnie. Wiem, co robię. **Ale ta dziewczyna jest piękna, mądra, zabawna. Inna niż te, z którymi się spotykałem.**”

Psychoterapeuta: „Więc zadzwoń do niej, Romeo.”

Will: „Po to żeby się przekonać, że nie jest aż tak mądra, a raczej nudna? Ona jest tak cholernie doskonała! **Nie chcę tego zepsuć.**”

Psychoterapeuta: „Może ty jesteś teraz doskonały? Może tego nie chcesz zepsuć? To niezła filozofia. **Możesz przeżyć całe swoje życie i tak naprawdę nigdy nikogo nie poznać...**”

Ten fragment filmu pozwala także sądzić, iż terapia głównego bohatera jest/ będzie prowadzona w **podejściu humanistycznym**, a raczej że towarzyszyć jej będzie myślenie humanistyczne. Paradygmat humanistyczny zakłada, iż każdy człowiek dąży do samoakceptacji, a deficyty rozwoju osobowości są rezultatem niezaspokojenia ważnych potrzeb. Najistotniejsze znaczenie dla rozwoju osobowości ma potrzeba bycia akceptowanym i kochanym. Jeśli człowiek niedostatecznie rozwinie w sobie poczucie samoakceptacji, wówczas potrzeba owa zdominuje jego funkcjonowanie w życiu i postrzeganie samego siebie. W efekcie będzie coraz częściej odbierać siebie tak, jak będzie odbierany przez społeczne otoczenie, a nie tak, jak będzie doświadczać siebie samego. Z obawy przed odrzuceniem będzie wypierać własne uczucia, potrzeby i pragnienia na rzecz oczekiwań płynących z zewnątrz („Może ty jesteś teraz doskonały? Może tego nie chcesz zepsuć?” — chodzi o bycie doskonałym w oczach innych, otoczenia, nieprawdziwy obraz samego siebie). W takim przypadku celem terapii jest odblokowanie naturalnego procesu samoregulacji pacjenta, przywrócenie mu poczucia odpowiedzialności za swoje życie oraz skłonienie go do poszukiwania własnej autentyczności (można symbolicznie wyrazić to w słowach: „Jestem taki, jaki jestem, i takim siebie akceptuję”). Budowanie bezwarunkowej samoakceptacji jest możliwe dzięki empatycznej, bezwarunkowo akceptującej postawie terapeuty (czynniki specyficzne

w terapiach humanistycznych) (por. Czabała, 2006; Grzesiuk, 2005; Kratochvil, 2003; Prochaska, Norcross, 2006).

Czynnik motywujący ma kluczowe znaczenie dla powodzenia procesu psychoterapii. Pacjent jest gotowy do psychoterapii kiedy odczuwa jakiś dyskomfort (ma problem) i pojawia się w nim nadzieja na zmianę (rozwiązanie problemu). Ta nadzieja stanowi dla niego motywację do dokonania zmiany w życiu, ta zaś generuje wewnętrzną motywację do zmiany w sobie.

Poziom zaburzenia

Dokonany przez Jadwigę Rakowską (2006) przegląd badań dotyczących wpływu poziomu zaburzenia pacjenta na skuteczność psychoterapii dostarcza wiedzy o tym, że poziom zaburzenia ma wpływ na efekty terapii. Osoby wyjściowo „zdrowsze” w wyniku psychoterapii osiągają wyższy poziom funkcjonowania, natomiast ludziom o większym stopniu patologii udaje się zredukować nasilenie określonych objawów, natomiast nie osiągają oni poziomu funkcjonowania osób zdrowych.

Osoba korzystająca z psychoterapii uczestniczy w tym procesie, ponieważ odczuwa określonego rodzaju **dyskomfort**. Złożoność ludzkiej natury i wyjątkowość każdego człowieka powodują, że niemożliwe jest stworzenie zamkniętej listy zgłaszanych psychoterapeutom problemów. Czerpiąc z psychoterapeutycznej praktyki, można wyróżnić kilka obszarów funkcjonowania człowieka, w ramach których może on odczuwać dyskomfort, i podjąć próbę określenia problemu w jednej z kategorii (lub kilku): kontakt ze środowiskiem, zachowanie, emocje, myśli i przekonania, poczucie tożsamości. Każdy następny poziom funkcjonowania, począwszy od kontaktu ze środowiskiem, jest głębszy w stosunku do poprzedniego. Im poważniejszy jest zgłaszany problem, im głębszych poziomów dotyczy, im bardziej odnosi się do funkcjonowania w zakresie wewnętrznych struktur osobowościowych, tym dłuższej i intensywniejszej pracy terapeutycznej wymaga. Dana osoba, decydując się na spotkanie z psychoterapeutą, jest w stanie zdefiniować problem tylko na tym poziomie, który jest dostępny jej świadomości albo w związku z którym doświadcza istotnych trudności w codziennym funkcjonowaniu.

Psychoterapeuci wierni **podejściu psychoanalitycznemu** skupiają swoją uwagę na bardzo wczesnym okresie życia człowieka — od momentu narodzin do okresu dojrzewania — w nim upatrując przyczyn gorszej jakości życia w okresie dorosłości (Drozdowski, Kokoszka, 1993). Z klinicznego i psychopatologicznego punktu widzenia źródła problemów bohatera filmu leżą w przemocy, której doświadczał w okresie dzieciństwa i dorastania.

Systemy diagnostyczne DSM i ICD

W psychiatrii (a także w psychoterapii) funkcjonują dwa uznane systemy diagnostyczne: DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) oraz ICD (*International Classification of Diseases*). Pierwszy jest systemem Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (APA), natomiast drugi został opracowany przez Światową Organizację Zdrowia (WHO, *World Health Organization*). ICD obowiązuje w naszym kraju od 1996 roku. Systemy diagnostyczne służą ujednoliceniu diagnostyki i klasyfikacji zaburzeń — innymi słowy dzięki nim każdy psychiatra (a także lekarz innej specjalności) na świecie posługuje się przy stawianiu diagnozy tymi samymi ścisłymi kryteriami. W systemach tych każda jednostka chorobowa ma swój kod. DSM i ICD to swoiste przewodniki, zawierające spis kryteriów, które muszą zostać spełnione, aby lekarz mógł postawić określoną diagnozę. System diagnostyczny DSM można uznać za bardziej rozbudowany, gdyż uwzględnia on wiele aspektów funkcjonowania pacjenta (tzw. diagnoza wieloosiowa). Jest on zatem bardziej użyteczny z psychoterapeutycznego punktu widzenia. Niemniej w naszym kraju obowiązuje system ICD.

Więcej o systemach diagnostycznych DSM i ICD:

- Wciórka, J. (red.). (2008). *Kryteria diagnostyczne według DSM-IV-TR*. Wrocław: Wydawnictwo Elsevier.
- Pużyński, S., Wciórka, J. (red.). (1998). *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD—10. Badawcze kryteria diagnostyczne*. Przeł. J. Wciórka. Kraków—Warszawa: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”.

Obecnie w USA obowiązuje już system diagnostyczny DSM — V.

Sposób jego funkcjonowania może w przyszłości utrwalić się w postaci określonego bądź nieokreślonego **zaburzenia osobowości** (antyspołecznego, unikającego bądź też typu *borderline*), zatem poziom jego zaburzenia jest głęboki. Według Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (system diagnostyczny DSM — zobacz ramkę) zaburzenia osobowości są zaburzeniami, które charakteryzuje utrzymujący się wzorec wewnętrznych przeżyć i zachowań, który znacząco odbiega od oczekiwań występujących w kulturze danej jednostki, jest wszechobecny i usztywniony, sięga okresu dojrzewania bądź wczesnej dorosłości, jest stabilny w czasie oraz prowadzi do bolesnych przeżyć i pogorszenia funkcjonowania (por. APA, 2002).

Charakterystyki te są powodem, dla którego można oczekiwać, iż **terapia krótkoterminowa** przyniesie jedynie zmianę objawową, natomiast dojrzały poziom funkcjonowania, sięgający zmian w strukturze osobowości, będzie możliwy wyłącznie przy zastosowaniu psychoterapii długoterminowej. Nie sposób w tym miejscu nie wspomnieć o poglądach Erika Eriksona (1997), który twierdził, że rozwój osoby odbywa się od narodzin jednostki do jej śmierci i że na każdym kolejnym etapie rozwoju człowiek może skorygować błędy popełnione w poprzednich okresach, ustrzegając się tym samym przed poważną dekom-

pensacją psychiczną. Przed taką szansą staje główny bohater omawianego tu filmu.

Widz wie o nim tylko tyle, że jest sierotą i ofiarą przemocy, której doświadczał w okresie dzieciństwa, prawdopodobnie nauczył się funkcjonować w sposób prowokujący odrzucenie (lepiej jest odrzucić innych, zanim zostanie się przez nich odrzuconym i skrzywdzonym). Ofiary nadużyć często mają poczucie niższości, społecznej alienacji, z emocji potrafią wyrażać jedynie gniew, co w istotny sposób redukuje ich zdolność budowania dobrych relacji z innymi. Jako że proces psychoterapii oparty jest na relacji z drugim człowiekiem, uczestnictwo w nim może być dla głównego bohatera filmu trudne z uwagi na jego poważne deficyty umiejętności interpersonalnych. Will nie zakłada, że inni mają dobre intencje, nie oczekuje, że zajmą sprzyjające mu postawy, że będą reagować w przychylny mu sposób, zakłada działania złe, skierowane przeciwko niemu. Brak zaufania do innych jest w nim głęboko zakorzeniony — nie jest wynikiem, jak mógłby sugerować tytuł filmu, „wyboru”, lecz konieczności. Tak jest bezpieczniej, w przeciwnym razie Will musiałby się skonfrontować ze swoim bolesnym poczuciem opuszczenia i osamotnienia. Taka postawa uniemożliwia mu nawiązanie dobrych relacji z ludźmi, stanowi także przeszkodę dla nawiązania dobrej relacji terapeutycznej. Pacjent prezentuje innym **fałszywy obraz samego siebie**, żyje złudzeniami dotyczącymi własnej osoby, za wszelką cenę stara się być doskonały. Takie rozumienie mechanizmu powstawania problemu jest zgodne z założeniami nurtu humanistycznego w psychoterapii (por. Czabała 2006; Grzesiuk, 2000; Grzesiuk, 2005; Kratochvil, 2003). Terapeuta o orientacji humanistycznej potrafi szybko zauważyć taki fundamentalny problem pacjenta i stworzyć mu bezpieczne warunki do tego, aby zobaczył siebie takim, jakim naprawdę jest. Sprzyjającą temu metodą psychoterapeutyczną jest bezwarunkowa akceptacja klienta przez terapeutę, wyrażająca się w empatycznym rozumieniu jego problemów. Terapeuta staje się niejako przedstawicielem środowiska zewnętrznego, który nie stawia pacjentowi warunków ani nie ma w stosunku do niego oczekiwań, tylko buduje atmosferę sprzyjającą jego zmianie. Pacjent (klient) sam osiąga zrozumienie i samoakceptację, czując się nagradzanym za to, jakim jest, co czuje i czego doświadcza.

W filmie swoiste „zaproszenie” pacjenta do samoakceptacji można zaobserwować w przywoływanej już wcześniej scenie rozgrywającej się w 54 minucie filmu, kiedy Will ma już wewnętrzną motywację do psychoterapii. Psychoterapeuta opowiada wówczas w czasie sesji zabawną anegdotę ze swojego życia osobistego. Choć ważny **aspekt odkrywania się terapeuty** przed pacjentem zostanie omówiony w dalszej części niniejszego rozdziału, to sam wydźwięk tej anegdoty ma wymiar interwencji terapeutycznej, której zwieńczeniem są słowa:

Psychoterapeuta: „Sami wybieramy, kogo wpuścimy do naszego małego, dziwnego świata. Nie jesteś doskonały i pozwól, że coś ci powiem: dziewczyna, którą

spotkałeś, też nie jest doskonała. Ważne jest tylko, czy do siebie pasujecie, tylko o to chodzi, na tym polega bliskość. Jedyńy sposób, aby się tego dowiedzieć, to spróbować.”

Poziom zaburzenia pacjenta ma ogromne znaczenie dla powodzenia procesu psychoterapii. Im jest ono głębsze, tym więcej ważnych aspektów procesu psychoterapii musi być branych pod uwagę i kontrolowanych przez terapeutę (nie tylko sam proces zmiany i służące mu interwencje terapeutyczne, ale także rodzaj motywacji pacjenta, jego zdolność do budowania relacji terapeutycznej, sposoby radzenia sobie z frustracją, itd.). Zaburzenie głównego bohatera filmu polega na osłabieniu zdolności budowania relacji terapeutycznej, tymczasem umiejętność nawiązania dobrego kontaktu z terapeutą uznaje się za istotny czynnik efektywności psychoterapii (Rakowska, 2006).

Wyniki przeprowadzonych badań dotyczących tego zagadnienia dostarczają niespójnych wniosków, mogących służyć zarówno potwierdzeniu, jak i obaleniu niemal każdej hipotezy dotyczącej tego, czy poziom trudności interpersonalnych pacjenta wpływa na efektywność psychoterapii. Na przykład w jednym z nich (Filak, Abeles, Norquist, 1986) sprawdzano, czy postawy klienta związane z kategoriami przynależność—wrogość mają wpływ na wynik terapii prowadzonej w nurcie psychodynamicznym. 72% pacjentów, którzy przyjęli postawę przynależności, osiągnęło bardzo dobre wyniki, podczas gdy tylko 38% pacjentów wykazujących wrogą postawę interpersonalną osiągnęło pozytywne wyniki terapii. W podobnych, prowadzonych nieco wcześniej badaniach (Moras, Strupp, 1982) nie stwierdzono związku między postawami przynależności—wrogości a rezultatami psychoterapii. Owa niespójność uzyskiwanych wyników obliuguje do myślenia o trudnościach interpersonalnych jako czynnikach niespecyficznych kształtujących proces terapeutyczny i relację terapeutyczną.

Badania nie zawsze potwierdzają znaczenie tych zmiennych, które wielu uznaje za znaczące dla przebiegu terapii. Trudno nie zgodzić się ze stwierdzeniem, że coś może być nieistotne (bądź niejednoznaczne) statystycznie, a jednocześnie znaczące klinicznie. W tym kontekście pojawia się warte pogłębionej refleksji pytanie: w przypadku jakich zaburzeń poziom trudności interpersonalnych wzrasta, kształtując przez to jakość relacji terapeutycznej i wpływając na powodzenie psychoterapii?

Jakkolwiek by nie patrzeć na to zagadnienie, należy wziąć pod uwagę fakt, że bardzo często można spotkać się z opinią praktykujących psychoterapeutów, iż pacjenci o zaburzonej osobowości to pacjenci trudni. Standardowo stosowane techniki terapeutyczne często nie przynoszą w ich przypadku rezultatu, dlatego szczególny nacisk pracy terapeutycznej z takimi pacjentami kładziony jest na budowanie dobrej — leczącej — relacji terapeutycznej.

Cechy terapeuty a powodzenie psychoterapii

Kwalifikacje i doświadczenie

Jak wspomniano we wstępie do tego rozdziału, psychoterapia nie jest dziełem przypadku, jest to proces od początku do końca przemyślany i kontrolowany przez terapeutę. Aby taką umiejętność osiąść, musi on spełnić kilka podstawowych warunków. Pierwszym z nich jest podjęcie studiów podyplomowych w zakresie psychoterapii. W Polsce istnieje kilkanaście bardzo dobrych szkół psychoterapii, w których można zdobyć takie wykształcenie, jest to jednak kosztowne i czasochłonne. Drugim warunkiem jest podjęcie terapii własnej — najlepiej w konwencji, w której realizowane jest samo szkolenie. Zawsze cenne jest doświadczanie na sobie tego, czego doświadczać będzie nasz klient. Ponadto terapia własna ma jeszcze inne, o wiele ważniejsze znaczenie — praca z pacjentem uruchamia w terapeutę różne obszary funkcjonowania, trudne dla niego samego. Każdy terapeuta jest przede wszystkim człowiekiem, mającym swoją indywidualną historię, która czasami także może być trudna. Znajduje się w określonym momencie życia, styka się z określonymi wyzwaniami i zagrożeniami. Jeśli sam nie będzie miał uporządkowanego wnętrza, nie będzie w stanie skutecznie pomagać innym. Trzeci warunek to praca terapeutyczna pod tzw. superwizją, czyli nadzorem superwizora, będącego niejako „terapeutą terapeuty”, który kontroluje jego pracę i pomaga mu w niej. Superwizorami są najczęściej terapeuci z dużym doświadczeniem, mający specjalne uprawnienia w tym zakresie. Nie tylko nadzorują od strony warsztatowej prowadzone przez ich podopiecznych psychoterapie, ale także sygnalizują im, kiedy problemy z płynnością tych procesów są wynikiem nieprzepracowania ich własnych obszarów funkcjonowania. Zupełnie osobną, ale nie mniej ważną kwestią jest kodeks etyczny, którym powinien się kierować każdy profesjonalny terapeuta. Nawiązując do rozumienia psychoterapii jako procesu, „dorastanie” do roli psychoterapeuty samo w sobie także stanowi długotrwały i złożony proces szkoleniowo-doświadczeniowy.

Jak w Polsce zostać certyfikowanym psychoterapeutą?

O certyfikat psychoterapeuty Polskiego Towarzystwa Psychologicznego lub Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego mogą ubiegać się wyłącznie osoby posiadające wykształcenie wyższe na poziomie co najmniej magisterskim. Aktualne informacje dotyczące wymogów stawianych przy procedurze certyfikacyjnej można znaleźć na stronach internetowych obu Towarzystw:

Polskie Towarzystwo Psychologiczne:

www.ptp.org.pl (zakładka: Certyfikaty i Rekomendacje)

Polskie Towarzystwo Psychiatryczne:

www.psychiatria.org.pl (podstrona: Sekcja Naukowa Psychoterapii)

Szeroka metaanaliza badań dotyczących różnic w efektywności psychoterapii prowadzonej przez wykwalifikowanych i niewykwalifikowanych psychoterapeutów pokazuje, że **kwalifikacje terapeuty** mają znaczenie wówczas, gdy leczenie wymaga złożonego oddziaływania, a także wtedy, gdy poziom zaburzenia pacjenta jest głębszy. W pracy z głębiej zaburzonymi pacjentami, a ludzie o zaburzonej osobowości do takich właśnie należą, doświadczeni terapeuci są bardziej skuteczni niż ich mniej obeznani z praktyką terapeutyczną koledzy. Aaron Beck i Arthur Freeman (1990) uważają, że do szczególnie pożądanых cech terapeuty pracującego z pacjentami mającymi antyspołeczne zaburzenie osobowości (a między innymi ryzyko progresji do takiego właśnie zaburzenia osobowości można obserwować w przypadku głównego bohatera filmu) należą: pewność siebie, swobodny i nieobronny styl funkcjonowania interpersonalnego, jasność co do własnych ograniczeń oraz duże poczucie humoru. Cechy te można zaobserwować u psychoterapeuty, z którego pomocy korzysta główny bohater filmu. Istotne wydaje się zwłaszcza poczucie humoru, przejawiające się we wprowadzaniu do terapii licznych anegdot mających znaczenie interwencji terapeutycznych.

Duże znaczenie dla jakości pracy terapeuty (niezależnie od poziomu jego kwalifikacji i doświadczenia) może mieć **sposób, w jaki pacjent do niego trafia**. Jeśli trafia z polecenia ważnej dla terapeuty osoby, może to prowokować terapeutę do traktowania go w wyjątkowy sposób (jako pacjenta protekcyjnego albo VIP-a wśród pacjentów), a co za tym idzie spowodować niebezpieczeństwo braku neutralności i prowokować reakcje **przeniesieniowe**. Warto, aby psychoterapeuta uświadomił sobie własną podatność na takie wpływy, poprzez superwizję prowadzonej psychoterapii i osobistą pracę terapeutyczną.

Bohater omawianego filmu jest pacjentem szczególnie poleconym. Profesor Gerald Lambeau prosi o prowadzenie jego psychoterapii swojego dawnego kolegę ze studiów Seana Maguire'a. Z filmu dowiadujemy się, iż ta studencka znajomość była nacechowana silną rywalizacją — Gerald w przeszłości niejednokrotnie usiłował zająć pozycję przed Seanem. W czasie spotkania tych dwóch bohaterów da się zaobserwować pewne zakłopotanie i nerwowość Seana. Inną kwestię stanowią osobiste ambicje Lambeau związane ze współpracą naukową z Willem (można postawić pytanie, na ile chce on rzeczywiście pomóc Willowi, a na ile usiłuje nim manipulować dla własnych korzyści), które mogą wpływać na zaangażowanie dawnego kolegi w prowadzenie psychoterapii. Wyrażnie się one uwidaczniają w kierowanych do kolegi ze studiów słowach Lambeau (35 minuta filmu):

Lambeau: „Ten chłopak jest niesamowity. Nie spotkałem nikogo takiego.”

Maguire: „Co jest w nim takiego niesamowitego?”

Lambeau: „Wiesz, kto to Ramanujan”

Maguire: „Tak... Nie.”

Lambeau: „To człowiek, który żył ponad sto lat temu w Indiach. Nie chodził do szkoły, nie miał dostępu do prac naukowych, aż trafił na podręcznik mate-

matyki i z tego prostego tekstu wydobył takie teorie, że wprowadził w zdumienie matematyków.”

Maguire: „Ułamki ciągle...”

Lambeau: „Napisał to i wysłał Hardy’emu do Cambridge. Hardy natychmiast zorientował się, że to geniusz. Ściągnął go do Anglii, **pracując razem**, tworzyli najwspanialsze z matematycznych teorii. Ramanujan — jego geniusz był nie-zrównany. Z tym chłopcem jest tak samo... Ale on jest wycofany, potrzebny mi ktoś, kto by do niego dotarł.”

Maguire: „Czyli — ja.”

Lambeau: „Tak, ty.”

Maguire: „Dlaczego?”

Lambeau wybiera swojego dawnego kolegę, aby ten był psychoterapeutą Willa, ponieważ Sean pochodzi z tego samego biednego środowiska południowego Bostonu i to, zdaniem profesora, może mu pomóc w „dotarciu do chłopaka”. Jednak intencje Lambeau wobec Willa nie są całkowicie czyste. Znajduje to dodatkowe odzwierciedlenie w scenie rozgrywającej się w 75 minucie filmu, kiedy to profesor Lambeau w rozmowie z kolegą psychoterapeutą stwierdza, że „trzeba chłopakiem pokierować, może się przysłużyć dla świata”, na co Maguire odpowiada: „co innego pokierować, a co innego manipulować”.

Zatem okoliczności zachodzące jeszcze przed spotkaniem z samym pacjentem, ale także w trakcie psychoterapii, mogą prowokować terapeutę do traktowania go w wyjątkowy sposób, wzbudzać w nim szereg sprzecznych emocji i dążeń, skutecznie zaburzając komfort pracy terapeutycznej. Skuteczną obroną przed takimi „pułapkami” mogą być kwalifikacje, a zwłaszcza doświadczenie psychoterapeuty, wzmacniane superwizją.

Zdrowie psychiczne

Wyniki badań wskazują, że zdrowie psychiczne terapeuty jest pozytywnie związane z wynikiem terapii pacjenta i odwrotnie: terapeuci o wysokim poziomie zaburzeń hamują rozwój i zmiany u pacjenta (por. Rakowska, 2006).

Psychoterapeuta nie tylko powinien być zdrowy psychicznie, tzn. nie mieć objawów psychopatologicznych i wykazywać się względnie wysokim poziomem ogólnego przystosowania, ale także nie powinien dopuszczać, by wydarzenia z jego prywatnego życia czy jego osobiste przeżycia zmąciły prowadzoną przez niego terapię.

O ile psychoterapia własna terapeuty, podejmowana w toku nabywania zawodowych kwalifikacji, do pewnego stopnia zapewnia mu kontrolę nad swoim psychicznym funkcjonowaniem, o tyle pojawiające się w jego życiu osobistym w nieprzewidywalny sposób znaczące wydarzenia mogą bardzo istotnie wpływać na jakość jego pracy z klientem.

Jay Guy (2006) przeprowadził szeroką metaanalizę wpływu **znaczących wydarzeń z życia osobistego** psychoterapeuty na relację terapeutyczną i przebieg samej terapii. Uwzględnił w niej takie wydarzenia z życia terapeuty, jak: małżeństwo, ciąża i rodzicielstwo, przeprowadzka, wejście w wiek średni, rozwód, odejście dzieci, śmierć bliskiej osoby, choroba i niepełnosprawność, późna dorosłość, starzenie się i przechodzenie na emeryturę oraz choroba terminalna. Oczywiście, wydarzenia te nabierają największego znaczenia, jeśli związana z nimi zmiana w życiu osobistym terapeuty następuje w bliskiej odległości czasowej z trwającym procesem terapeutycznym danego pacjenta i gdy w psychoterapii tego pacjenta pojawiają się podobne wątki.

Z fabuły filmu dowiadujemy się, że Maguire od dwóch lat jest wdowcem, zatem relatywnie niedawno doświadczył dotkliwej straty osobistej. Niezależnie od tego, czy terapeuta podejmuje pracę terapeutyczną w dobrym, czy niedobrym momencie od straty (o ile w ogóle można w taki sposób ów moment określić), w każdej chwili podczas spotkań z pacjentami może doświadczyć nawrotu depresji, smutku, żałoby i poczucia wyobcowania z rzeczywistości. Co więcej, może on wykazywać tendencję do unikania omawiania z pacjentami pewnych zagadnień, wywołaną lękiem przed ponownym rozbudzeniem w sobie uczuć smutku i żalu, które mogłoby spowodować jego „załamanie się” w obecności pacjenta. Może także pojawić się gniew na wyraźnie nieadekwatne i obojętne reakcje pacjentów na to wydarzenie, lub — z drugiej strony — poczucie winy za otrzymywanie od nich opieki i wsparcia (por. Givelber, Simon, 1986).

Gniew (a nawet agresję) psychoterapeuty w reakcji na wyraźnie nieadekwatną uwagę pacjenta dotyczącą jego żony możemy zaobserwować w scenie, kiedy Will komentuje namalowany przez Maguire’a rysunek:

Will: „Może to o tobie (...) jesteś w środku pieprzonej burzy, niebo cię przygniat, fale miotają twoją małą łódką, wiosła zaraz pękną, sikasz w spodnie, szukasz przystani... Może znalazłeś na to sposób? Może zostałeś psychologiem?”

Psychoterapeuta: „Bingo! Daj mi teraz popracować...”

Will: „**Może poślubiłeś niewłaściwą kobietę?**”

Psychoterapeuta: „**Może uważaj, co mówisz.**”

Will: „O to chodzi, prawda? Poślubiłeś niewłaściwą kobietę... Co się stało? Odeszła? Pieprzyła się z innym?”

Psychoterapeuta: [agresywnie przyskakując do Willa — przyp. autorki] „Jeszcze raz obrazisz moją żonę, wykończę cię, rozumiesz? Jasne wodzu?”

Will: „Czas minął.”

Pacjent w typowy dla siebie sposób sprowokował odrzucenie przez terapeutę. Na tym etapie filmu widz wie, że ów terapeuta jest wdowcem. Nie wie tego natomiast pacjent, zatem reakcja terapeuty może mu się wydawać niezrozumiała, dziwna, naruszająca etyczne normy relacji terapeutycznej, a nawet normy prawne. Takie zachowanie jest niedopuszczalne w praktyce zawodowej psychoterapeuty.

Sytuację tę można postrzegać zupełnie inaczej, jeśli się ją potraktuje jako mocną reakcję przeniesieniową terapeuty w stosunku do pacjenta i zada się pytanie o jej ewentualne przyczyny i konsekwencje, co zostanie omówione w dalszej części rozdziału.

Wyniki badań potwierdzają, że najskuteczniejsi terapeuci są psychicznie zdrowi i potrafią rozwiązywać własne osobiste problemy. W zasadzie nie ma znaczenia, która z teorii czy metod psychologicznych zostanie zastosowana by uzyskać pozytywne skutki spotkań terapeutycznych. Skuteczni terapeuci reprezentują wszystkie możliwe modele teoretyczne, ważne jest jednak to, kim są jako ludzie (por. Kottler, 2005). Muszą być „poukładani” w sensie fizycznym, emocjonalnym i intelektualnym (Ibid.).

Znaczenie relacji terapeutycznej dla powodzenia psychoterapii

Budowanie relacji terapeutycznej

Choć przedstawiciele różnych podejść terapeutycznych różnią się w ocenie znaczenia i wpływu relacji terapeutycznej na proces psychoterapii, to wszyscy zgadzają się co do tego, że jest ona bardzo ważnym czynnikiem leczącym (por. Gelso, Hayes, 2005; Prochaska, Norcross, 2006). Kreatorami tej relacji są oczywiście pacjent i terapeuta, a relacyjny wymiar psychoterapii stanowią emocje i postawy tych dwóch podmiotów (por. Gelso, Hayes, 2005).

Bohaterowi filmu proponowana jest psychoterapia u różnych osób. Warto przypomnieć, iż na początku jego motywacja do terapii ma charakter zewnętrzny — to nie Will widzi w sobie **potrzebę zmiany**, tylko jego otoczenie. Jest to dodatkowy czynnik mogący mieć znaczenie dla wejścia w proces psychoterapii i typu relacji, jaką chłopak zbuduje z terapeutą. Znaczenie dla jej stworzenia ma postawa pacjenta i terapeuty. O ile nastawienie tego konkretnego pacjenta może, szczególnie na początku, utrudniać budowanie dobrej relacji z terapeutą o tyle postawa terapeuty powinna od samego początku ją ułatwiać. W filmie możemy zaobserwować różne postawy i okoliczności mogące konstruktywnie lub destruktywnie wpływać na budowanie relacji terapeutycznej.

Przyjrzyjmy się najpierw postawie pierwszego terapeuty, do którego trafia główny bohater. Wysyła on szereg **niewerbalnych komunikatów**, które sprawiają, że może być postrzegany jako osoba nieszczerza, sztuczna, oceniająca i stwarzająca dystans. Świadczą o tym takie płynące z jego strony sygnały jak: przesadna mimika, trzymanie okularów w rękach (postawa oceniająca, kontrolująca), organizacja przestrzeni terapeutycznej — zasłanianie się ogromnym biurkiem — czy niesymetryczny sposób siedzenia uczestników rozmowy

(pacjent siedzi nisko, terapeuta wysoko). Warto zwrócić uwagę zwłaszcza na **aspekty przestrzenne**.

Z punktu widzenia dobrej terapii i relacji terapeutycznej najlepiej jest, jeśli pacjent i terapeuta siedzą naprzeciwko siebie, ale nie na wprost (konfrontacyjnie), tylko w lekkim skosie, gdzie linie ciała nie przecinają się, a sam pacjent i terapeuta się nie dotykają. Duże znaczenie dla właściwego przebiegu procesu terapeutycznego ma także zachowanie **właściwego dystansu** między terapeutą a pacjentem. Zarówno zbyt bliska (naruszająca intymność), jak i zbyt daleka (prowokująca odrzucenie) odległość między nimi mogą niepostrzeżenie wpływać na jakość relacji. Najlepszym dystansem, by rozwijała się dobra relacja terapeutyczna jest odległość wyznaczona górną granicą strefy osobistej lub dolną granicą strefy społecznej, czyli odległość 120 cm (por. Sikorski, 2004).

Organizując przestrzeń spotkania, psychoterapeuta powinien być świadomy jego komunikacyjnej funkcji. Układ mebli, kolorystyka pomieszczenia, otaczanie się różnymi przedmiotami, wszystko może mieć znaczenie diagnostyczne i terapeutyczne. Zwłaszcza gromadząc wokół siebie różne przedmioty, często o charakterze osobistym (zdjęcia, pamiątki), terapeuta musi liczyć się z tym, że mogą one spowodować u pacjenta wystąpienie zjawisk przeniesieniowych, o których będzie mowa w dalszej części rozdziału.

Kolejny z terapeutów Willa (stosujący hipnozę) dopuszcza do udziału w sesji indywidualnej osoby trzeciej (profesora i jego asystenta). Taka sytuacja powoduje, że podczas spotkania nie sposób wytworzyć atmosfery zaufania i współpracy, a więc zbudować dobrej relacji terapeutycznej. Terapia wiąże się z odkrywaniem bardzo osobistych treści, których terapeuta staje się powiernikiem. Wprowadzenie do relacji terapeuta—klient „obserwatorów” przekreśla taką możliwość.

Ostatni z terapeutów, z jakimi spotyka się Will, jak się później okazuje — ten, u którego na terapii pozostanie, wprowadza podczas pierwszego spotkania szereg zachowań sprzyjających budowaniu dobrej relacji terapeutycznej.

Znamienna jest scena, w której widz poznaje owego terapeutę. Prowadzi on w niej akademicki wykład na temat budowania zaufania w relacji terapeutycznej. Pada w nim bardzo ważne zdanie: „Pacjent, który Ci nie ufa, nie będzie szczery”. To, jak można budować atmosferę zaufania, ukazane jest w scenie pierwszego spotkania głównego bohatera z owym, nazwijmy go „dobrym”, psychoterapeutą.

Pierwszym ważnym podjętym przez terapeutę krokiem jest delikatne wyproszenie obserwatorów (profesora i jego asystenta), a kolejnym zajęcie miejsca naprzeciw głównego bohatera, w optymalnej od niego odległości. Dziеляcy ich stolik jest na tyle niski, że nie stanowi bariery komunikacyjnej. Bardzo ważne jest dane pacjentowi przez terapeutę przyzwolenie na to, aby ten był sobą, takim, jakim jest (pozwala mu chodzić po pokoju, zapalić papierosa, używać wulgarnych sformułowań). Poza tym dostraja się do pacjenta — podąża za tematem, który Will podejmuje; wstaje, kiedy jego rozmówca wstaje, oraz używa jego słownictwa (wulgaryzmów).

Znaczenie dla budowania relacji terapeutycznej mają zatem pewne jej okoliczności zewnętrzne (organizacja przestrzeni terapeutycznej) ale dla samego procesu zmiany istotne są przede wszystkim przeżycia wewnętrzne obu podmiotów tej relacji, tzw. zjawiska przeniesieniowe.

Zjawiska przeniesieniowe i problem odślaniania się terapeuty

Zjawiska przeniesieniowe w psychoterapii dotyczą zarówno pacjenta, jak i psychoterapeuty. Choć pojęcia „przeniesienie” i „przeciwprzeniesienie” są najczęściej kojarzone z nurtem psychoanalitycznym, to zjawiska te występują również w psychoterapiach prowadzonych według założeń innych szkół. „Przeniesienie stanowi wszechobecny element relacji terapeutycznej i istnieje w każdej terapii, niezależnie od orientacji teoretycznej terapeuty” (Gelso, Hayes, 2005, s. 55).

Pacjent będący w relacji terapeutycznej z terapeutą przejawia wobec niego reakcje, które wynikają z wcześniejszych wzorców przeżywania osób dla niego znaczących (głównie rodziców, a gdy ich brak — to innych znaczących dorosłych), zatem nie są to reakcje na realne zachowania i cechy terapeuty, ale nieświadome reakcje na „kogoś innego z przeszłości” (np. na matkę, opiekuna, itp.). Właśnie to zjawisko określa się mianem przeniesienia (mylenia przeszłości z teraźniejszością, czy ściślej — teraźniejszości z przeszłością). Należące do przeniesienia spostrzeżenia i doświadczenia utrzymują się mimo dowodów na ich fałszywość z dwóch zasadniczych powodów: po pierwsze dlatego, by nie pamiętać traumy z przeszłości, po drugie zaś dlatego, że są jedynym znanym klientowi sposobem radzenia sobie z sytuacją (por. Gelso, Hayes, 2005).

Wspomniane prowokowanie odrzucenia jest reakcją głęboko w głównym bohaterze zakorzenioną i ma charakter przeniesieniowy. Pacjent w każdym napotkanym człowieku nieświadomie odrzuca osoby dla niego znaczące z przeszłości, które go skrzywdziły, a szczególnie odrzucenie prowokuje u tych osób, które zabiegają o jego bliskość. Świadczy o tym bardzo dobitnie scena rozgrywająca się w 80 minucie filmu, w której Scylar — dziewczyna Willy'ego — proponuje mu wspólny wyjazd do Kalifornii, a on reaguje zupełnie nieadekwatnie do sytuacji. To bardzo dobry przykład obecności zjawiska przeniesienia w codziennym życiu.

Scylar: „Pojedź ze mną do Kalifornii.”

Will: „Co?”

Scylar: „Chcę, żebyś ze mną pojechał do Kalifornii.”

Will: „Jesteś pewna?”

Scylar: „Oj tak...”

Will: „Ale skąd wiesz?”

Scylar: „Nie wiem, po prostu wiem...”

Will: „Ale skąd?”

Scylar: „Wiem, ponieważ czuję to...”

Will (zdenerwowany i napięty): „To naprawdę poważna sprawa.”

Scylar: „Wiem...”

Will: „Za tydzień będziemy w Kalifornii. Odkryjesz we mnie coś, co ci się nie spodoba i zaczniesz żałować, że to powiedziałaś, ale takich poważnych deklaracji nie będziesz mogła cofnąć. Potem będę siedział w Kalifornii z kimś, kto mnie nie znosi.”

Scylar: „O czym ty mówisz? Nie chcę niczego cofnąć, chcę, żebyś tylko jechał ze mną do Kalifornii.”

Will: „Nie mogę jechać do Kalifornii.”

Scylar: „Dlaczego?”

Will: „Ponieważ mam tu pracę, tu mieszkam.”

Scylar: „Jeżeli mnie nie kochasz...”

Will: „Nie mówię, że cię nie kocham.”

Scylar: „Więc czemu? Czemu nie chcesz? Czego się tak boisz?”

Will: „Czego się tak boję?”

Scylar: „A czego się nie boisz? Siedzisz w swoim świątku i cholernie się boisz zrobić cokolwiek! Może musiałbyś się zmienić?”

Will: „Nie mów mi o moim świątku! Chcesz się ze mną zabawić, a potem pojedziesz do Stanford, wyjdiesz za bogatego fajansa, który podobałby się twoim starym i będziesz się chwalić znajomym, że kiedyś bzykałaś się z biedakiem!”

Scylar: „Czemu mówisz takie rzeczy?! Masz jakiś problem z moimi pieniędzmi?! Mój tata umarł, kiedy miałam 13 lat, dostałam je w spadku. Od tamtej pory żałuję, że nie mogę ich oddać. Oddałabym je natychmiast za jeden dzień z tatą, ale to niemożliwe, jakoś muszę sobie z tym radzić. Więc mnie nie obwiniaj za swój strach.”

Will: „Niby czego ja się boję?!”

Scylar: „Mnie, braku wzajemności. Ja też się boję. Ale chcę spróbować! Przy najmniej jestem szczerą!”

Will: „A ja nie jestem?!”

Scylar: „Gdzie masz twoich dwunastu braci? (Will ubiera się do wyjścia.) Nie wyjdiesz! Nie odchodzisz!”

Will: „Co chcesz wiedzieć?! Że nie mam braci, że jestem sierotą?! Nie chcesz!!!”

Scylar: „Nie wiedziałam!!!”

Will: „Że kiedy byłem dzieckiem, gasili na mnie kiepy?! To nie jest blizna po operacji, ale po nożu! Wcale nie chcesz tego słuchać! I nie mów mi, że chcesz!”

Scylar: „Chcę, bo chcę ci pomóc!”

Will: „Pomóc kurwa? Mam napis na plecach «uratuj mnie»? Na takiego wyglądam?!”

Scylar (płacząc): „Nie, chcę tylko być z tobą...”

Will: „Nie gadaj pierdół!!!”

Scylar (płacząc): „Kocham cię! Powiedz mi, że mnie nie kochasz, bo jeżeli to powiesz, przestanę dzwonić i zniknę z twojego życia...”

Will: „Nie kocham cię...”

Podczas pierwszego spotkania z owym „dobrym” psychoterapeutą pacjent także doświadcza przeniesienia, prowokując w terapeutę odrzucenie poprzez odwrócenie ról (przejmuje rolę terapeuty, „bawiąc się w psychoanalityka”), co stanowi naruszenie dobrej relacji terapeutycznej. Wybierając znajdujący się w przestrzeni gabinetu terapeuty określony osobisty przedmiot (obrazek), analizuje osobę jego właściciela, a trafiając w jego newralgiczny obszar osobisty (przypadkowo lub znalazłszy wcześniej informacje na temat prywatnego życia terapeuty), prowokuje u niego **reakcję przeciwprzeniesieniową**. Należy jednak podkreślić, iż rozwój przeniesienia to proces rozciągnięty w czasie, nie zachodzi tak szybko, jak zostało to ukazane w filmie.

Przeciwprzeniesienie z kolei powstaje na bazie nierozwiązanych konfliktów terapeuty. Jego świadomość, że ów proces został uruchomiony, wydaje się czynnikiem decydującym o tym, czy przeciwprzeniesienie będzie miało wartość terapeutyczną, czy też nie. W krótkiej scenie rozgrywającej się w 42 minucie filmu widzimy psychoterapeutę, który po pierwszym spotkaniu z Willem, w mieszkaniu, w nocy, w samotności doświadcza jakichś trudnych dla niego wewnętrznych przeżyć. Można się tylko domyślać, czego owe przeżycia dotyczą. Być może konfrontuje się w ten sposób ze smutkiem po śmierci żony, który w nim odżył w wyniku spotkania z pacjentem (świadczą o tym może destruktywny sposób radzenia sobie z tym uczuciem, polegający na nadużywaniu alkoholu). Być może Maguire skupia uwagę na problemie pacjenta i na tym, jak można mu pomóc. Ostatecznie sytuacja przeniesienia staje się pretekstem do zbudowania przez terapeuta planu psychoterapii. Można założyć, iż terapeuta uzyskuje wgląd w przyczyny przeciwprzeniesienia i pożytkuje je w procesie psychoterapii.

W przedstawionym w filmie procesie psychoterapii głównego bohatera kilka razy jesteśmy świadkami sytuacji, w której terapeuta wprowadza do niej związane z jego ukochaną nieżyjącą żoną wątki ze swojego życia osobistego. Pojawia się pytanie, na ile terapeuta może/powinien odsłaniać się przed pacjentem?

Funkcjonuje wiele różnych opinii dotyczących odkrywania się przez terapeuta przed pacjentem, rozciągających się, zależnie od orientacji teoretycznej oraz osobowości terapeuty, od niemalże braku akceptacji jakiegokolwiek odsłonięcia się, do przyzwolenia na ekstremalne odkrycie się przez niego. Ta różnorodność punktów widzenia od dawna znajduje swe odzwierciedlenie w literaturze, gdzie niektórzy autorzy ostrzegają przed ryzykiem odsłonięcia, podczas gdy inni sugerują, że może być ono w procesie terapii użyteczne (por. Flaherty, 1979).

Okazuje się, że nie ma w tym zakresie jednolitych standardów, którymi terapeuta mogłby się kierować. Niektórzy teoretycy sugerują, że odsłonięcie się te-

rapeuty jest niemalże zawsze szkodliwe dla relacji terapeutycznej. W terapiach analitycznych od psychoanalityka oczekuje się pozostawania dla pacjenta całkowicie nieprzejrzystym. Analityk, niczym lustro, powinien odbijać wyłącznie to, co jest mu przez klienta przekazywane, odsłaniając bardzo niewiele swoich własnych myśli, uczuć i doświadczeń. Odsłonięcie się terapeuty jest zazwyczaj niewłaściwe dla relacji terapeutycznej, ponieważ może zaszkodzić przymierzowi terapeutycznemu, wzmocnić „negatywne przeniesienie”, w którym pacjent może doświadczać terapeuty jako słabego i skoncentrowanego na sobie i które może odciągać uwagę od jego potrzeb i problemów (por. Weiner, 1982). W świetle tych rozważań interesujące są rezultaty badania, w którym stwierdzono, że im większy jest stopień odsłaniania się terapeutów, tym gorzej wygląda to w oczach ich pacjentów i gorzej oceniają oni ich, kompetencje oraz wiarygodność (Curtis, 1981).

W przeciwieństwie do tych ostrzeżeń, istnieją także doniesienia na temat korzyści płynących dla relacji terapeutycznej z odsłonięcia się terapeuty. Pewien stopień ujawnienia się terapeuty pozwala pacjentowi postrzegać go jako rzeczywistą osobę, ułatwiając ustanowienie „prawdziwej” relacji, która stanowi niezbędny warunek udanego leczenia. W takiej perspektywie ograniczone ujawnienie przed pacjentem swoich osobistych zainteresowań i trosk może wzmocnić terapeutyczne przymierze między terapeutą a pacjentem, zapewniając możliwość bardziej owocnego spotkania.

Z takim właśnie efektem odsłonięcia mamy do czynienia w omawianym filmie. Można uznać, że psychoterapeuta „przemyślał” swoją początkową reakcję przeniesieniową wobec pacjenta i postanowił świadomie spożytkować ją w procesie terapeutycznym. Gdyby prowokująca odrzucenie reakcja przeniesieniowa pacjenta, polegająca na bolesnym dla terapeuty komentowaniu jego rysunku, natrafiła u niego na jakiś nieprzepracowany wątek żałoby, wówczas skupiałby on swoje myśli i emocje na zmarłej żonie, a nie na pacjentce. Tymczasem sytuacja przeniesieniowa stała się pretekstem do zaplanowania procesu psychoterapii, co może świadczyć o ogromnych kompetencjach i dojrzałości psychologa.

Jak już wspomniano, wewnętrzna motywacja głównego bohatera omawianego filmu do zmiany związana jest z wchodzeniem w okres załotów, nawiązywaniem relacji z dziewczyną, na której mu zależy. Psychoterapeuta, przez interwencje wynikające z odsłonięcia siebie, staje się dla pacjenta pozytywnym wzorcem budowania relacji z kobietą. Szereg anegdot i opowieści ze swojego osobistego życia, które terapeuta przekazuje pacjentowi, a które dotyczą jego wspomnień relacji z żoną, ma wartość interwencji terapeutycznych.

Dla przykładu, znaczenie interwencji terapeutycznej ma anegdota na temat żony terapeuty, w której przywołuje on jej postać po raz pierwszy od pamiętnego spotkania, podczas którego Will komentował obrazek. Należy podkreślić fakt, że na tym etapie terapii Will ma już wewnętrzną motywację do zmiany, między klientem a terapeutą została też już zbudowana dobra relacja terapeutyczna —

tylko wówczas pojawia się przestrzeń do zastosowania interwencji terapeutycznych (53 minuta filmu).

Psychoterapeuta: „To niezła filozofia. Możesz przeżyć całe swoje życie i tak naprawdę nigdy nikogo nie poznać... [długa przerwa] Moja żona popierdywała, kiedy się zdenerwowała. **Miała mnóstwo cudownych słabości.** Pierdziała przez sen. **Wybacz, że ci o tym mówię.** Pewnej nocy obudziła tym psa, sama też się przebudziła i pyta: «To ty?» Powiedziałem, że ja.”

Will: [ogromnie rozbawiony, śmieje się].

Psychoterapeuta: „Już od dwóch lat nie żyje, a ja pamiętam takie rzeczy. Cudowne małe codzienne drobiazgi... **Za tym najbardziej tęsknię. Za jej małymi słabostkami, o których wiedziałem tylko ja.** Moja żona była wyjątkowa. Ona też знаła moje grzeszki. Ludzie to nazywają niedoskonałościami, ale właśnie one są ważne. Sami wybieramy, kogo wpuszczymy do naszego małego, dziwnego świata... I pozwól, że coś ci powiem: nie jesteś doskonały i dziewczyna, którą spotkałeś, też nie jest doskonała. Ważne jest tylko, czy do siebie pasujecie. Tylko o to chodzi, na tym polega bliskość. Jedyny sposób, aby się tego dowiedzieć, to spróbować.”

Ta anegdota ma wymiar interwencji terapeutycznej, której treść jest zgodna z myśleniem humanistycznym. Dotyka wspomnianego już problemu autentyczności, bezwarunkowej akceptacji siebie i innych. Owa autentyczność i bezwarunkowa akceptacja są ważne dla pacjenta i dla jego związku. Terapeuta uczy go, że bycie autentycznym jest dobre („Miała mnóstwo cudownych słabości; niedoskonałości są ważne; sami decydujemy, kogo wpuszczymy do naszego małego, dziwnego świata”).

Także w scenie rozgrywającej się w 62 minucie filmu obserwujemy umiejętne zastosowanie przez terapeutę anegdoty dotyczącej jego żony. Jest to moment w terapii, w którym pacjentowi coraz bardziej zależy na byciu z dziewczyną, wobec której żywi intensywne uczucie.

Will [pytając o żonę psychoterapeuty]: „Kiedy się dowiedziałeś, że to jest właśnie ona?”

Psychoterapeuta: „21 października 1975 roku.”

Will: „Pamiętasz cholerną datę?!”

Psychoterapeuta: „To był szósty mecz w rozgrywce. Największy mecz Red Soxów. [Tu pojawiają się archiwalne zdjęcia z tego meczu] Spędziliśmy z kumplami w kolejce po bilety całą noc.”

Will: „Miałeś bilety?!”

Psychoterapeuta: „W dzień meczu siedziałem w barze, czekając, aż się zacznie... kiedy weszła ona... Świetny mecz... W ósmej części było 6:6, i tak do dwunastu części... Wtedy wyszedł Carlton Fisk [pojawiają się archiwalne zdjęcia meczu, terapeuta wstaje, udając gracza], stanął tam... wymach... i piłka poleciała wysokim łukiem!!! Trzydzieści pięć tysięcy ludzi porwało się z miejsc krzycząc! Fisk

macha na piłkę jak wariat — leć, przeleć!!! Nagle piłka trafia w słupek. Facet wariuje z radości, kibice wbiegają na boisko, a on biegnie, roztrąca ich na boki [terapeuta biega dookoła gabinetu]. Zejdźcie z drogi!”

Will: „Niesamowite, że miałeś bilety!!! Wbiegłeś na boisko?!”

Psychoterapeuta [spokojnie]: „Nie... nie było mnie tam...”

Will [kompletnie zaskoczony]: „Co?!”

Psychoterapeuta: „Byłem w barze z moją przyszłą żoną.”

Will: „Opuściłeś akcję Paga dla kobiety, którą dopiero co spotkałeś?!”

Psychoterapeuta: „Gdybyś ją wtedy widział... była jak zjawisko!”

Will: „Ja bym odpuścił nawet Helenę Trojańską!!! I twoi koledzy pozwolili na to?!”

Psychoterapeuta: „Musieli...”

Will: „Co im powiedziałaś?”

Psychoterapeuta: „Podarłem bilet na kawalki i powiedziałem: «sorry, chcę spróbować szczęścia z dziewczyną»”.

Will: „«Spróbować szczęścia z dziewczyną»?! I puścili cię?”

Psychoterapeuta: „Zobaczyli, że to dla mnie ważne...”

Will: „Żartujesz ze mnie.”

Psychoterapeuta: „Nie żartuję... Nie muszę teraz opowiadać, że dwadzieścia lat temu spotkałem niesamowitą dziewczynę, którą mogłem poderwać i że żałuję, że tego nie zrobiłem. Nie żałuję osiemnastu lat małżeństwa z Nancy, sześciu lat bez pracy, kiedy chorowała, ani ostatnich dwóch lat, kiedy była naprawdę chora... A już na pewno nie żałuję, że odpuściłem cholerny mecz...”

Will: „Wow!”

Przywołana scena jest znakomitym przykładem na to, jak można przekazać pacjentowi bardzo ważne treści nie wprost (*kiedy kogoś naprawdę kochasz, tylko on jest ważny, a wszystko inne staje się nieważne*). Nie wiadomo, czy opowiedziane przez terapeutę wydarzenie rzeczywiście miało miejsce. Wiadomo natomiast, że oparta na opowiedzeniu tej przygody interwencja jest wyraźnie dopasowana do modelu świata pacjenta, o którym wiemy z innych fragmentów filmu, że jest zagorzałym fanem bostońskiej drużyny baseballowej Red Sox. Żaden komunikat mówiący o tym, że związek z kobietą musi być czymś bardzo ważnym dla mężczyzny, nie trafiłby do tego konkretnego pacjenta tak mocno, jak ten — podany w paralelnym zestawieniu z niezmiernie ważnym dla niego obszarem jego codziennego życia, jakim jest bycie zagorzałym kibicem swojej drużyny.

Warto przy tej okazji podkreślić, iż nurtem terapeutycznym, który przykładą największą wagę do zindywidualizowanego podejścia do pacjenta i jego problemu, jest podejście ericksonowskie, często nazywane „terapią szytą na miarę” (por. Zeig, Munion, 2005).

Kolejny wątek związany z odsłanianiem się psychoterapeuty został ukazany w kluczowej dla procesu psychoterapii scenie (104 minuta filmu), kiedy ma miejsce silne odreagowanie emocjonalne głównego bohatera. W scenie tej psychoterapeuta ujawnia, że, podobnie jak jego pacjent, w dzieciństwie był ofiarą

przemocy ze strony ojca alkoholika. O ile wcześniejsze wątki odsłaniania się psychoterapeuty można uznać za konstruktywne spożytkowanie zjawiska przeniesieniowego, o tyle ten wątek budzi więcej kontrowersji.

Należy podkreślić, iż odsłanianie się terapeuty nie jest tak powszechnym i często występującym zjawiskiem w procesie psychoterapii, jak można by wnioskować na podstawie omawianego filmu. Każdy z nurtów psychoterapii proponuje na tyle duży wachlarz technik i metod pracy terapeutycznej, że odsłanianie się psychoterapeuty nie jest zawsze konieczne. Ponadto odsłanianie się terapeuty zawsze niesie ze sobą ogromne ryzyko zaburzenia relacji terapeutycznej. Odsłonięcie się musi być ostrożne i ograniczone, aby pewne było, że odbywa się ono z korzyścią dla pacjenta. Nie istnieją żadne wytyczne określające, jakie dzielenie się przez terapeuta z pacjentem osobistymi wątkami ze swojego życia jest właściwe. W decyzji dotyczącej stopnia ujawnienia się powinno się uwzględnić trzy grupy czynników. Pierwszą stanowią czynniki związane z samym terapeutą, takie jak osobowość, jego przygotowanie teoretyczne i poziom wykształcenia oraz to, jak duży komfort lub dyskomfort powoduje u niego odsłanianie się przed pacjentem. Druga grupa czynników dotyczy pacjenta: poziomu jego zaburzenia, jakości testowania rzeczywistości, gotowości i otwartości na przyjmowanie informacji dotyczących życia osobistego terapeuty (okazuje się, że pacjenci bardziej zaburzeni mogą dla zbudowania dobrej relacji terapeutycznej potrzebować większego odsłonięcia się ze strony terapeuty). Wreszcie trzecia grupa czynników jest zależna od etapu rozwoju relacji terapeutycznej, charakteru przymierza terapeutycznego, przeważającego typu przeniesienia oraz charakteru poruszanych w danym momencie terapii problemów (por. Guy, 2006).

W jakikolwiek sposób by nie analizować występujących w procesie psychoterapii zjawisk przeniesieniowych, to terapeuta powinien zawsze być tą osobą, która przez cały czas sprawuje nad nimi pieczę, dbając o jakość relacji terapeutycznej, o to, by nie została ona zmącona utratą przez niego neutralności i kontroli nad całą terapią.

Dynamikę relacji terapeutycznej kształtuje szereg różnorodnych czynników. W omawianym filmie możemy zaobserwować te czynniki wiążące się z organizacją przestrzeni terapeutycznej oraz te związane z wewnętrznymi obszarami funkcjonowania obu podmiotów relacji (zjawiska przeniesieniowe).

Podsumowanie

Na całość procesu psychoterapii ma wpływ wiele czynników. Związane są one z osobą pacjenta, z osobą terapeuty oraz z właściwościami samej terapii. W zaprezentowanym powyżej rozdziale zostały omówione jedynie niektóre z nich, te

związane z niespecyficznymi aspektami psychoterapii, takimi jak motywacja pacjenta do terapii oraz jego poziom zaburzenia, kwalifikacje, doświadczenie i poziom ogólnego funkcjonowania terapeuty oraz znaczenie relacji terapeutycznej i mających w niej miejsce zjawisk przeniesieniowych. Niektóre z tych aspektów film prezentuje w sposób bardzo dobitny, niektóre przejawia, inne zaś ukazuje w sposób zafałszowany, niemniej stwarza pole do owocnej dyskusji nad zasygnalizowanymi zagadnieniami.

Psychoterapia jest uznaną metodą leczenia, jednakowoż jest metodą trudną. Stawia wysokie wymagania zarówno pacjentowi, jak i terapeutce. Nie każdy może być pacjentem skutecznie przyjmującym pomoc, nie każdy też może być terapeutą skutecznie tej pomocy udzielającym. Na tym chyba polega fenomen skutecznej psychoterapii — na spotkaniu dwóch osób mających w sobie określony potencjał, które w toku wzajemnego poznawania się potrafią z tego potencjału czerpać siłę do zmiany. Konkluzją niniejszego rozdziału niech będą słowa Irvina Yaloma, wybitnego przedstawiciela humanistyczno-egzystencjalnego podejścia w psychoterapii: „Wielu naszych pacjentów przeżywa konflikty związane z bliskością. Pomoc terapeutyczna polega wówczas na umożliwieniu doświadczenia bliskiej relacji z terapeutą. Niektórzy boją się bliskości, bo są przekonani, że mają w sobie coś zasadniczo nie do zaakceptowania, coś odrzucającego i niewybaczalnego. Przy takim założeniu fakt, że się w pełni odsłoniło przed innym człowiekiem i mimo to zostało zaakceptowanym, może być potężnym narzędziem pomocy terapeutycznej. Inni unikają bliskości ze strachu przed wykorzystaniem, podporządkowaniem lub odrzuceniem. Dla nich również bliska i troskliwa relacja terapeutyczna, która nie prowadzi do przewidywanej katastrofy, staje się korygującym doświadczeniem emocjonalnym. Najważniejsza jest zatem dbałość o utrzymanie relacji z pacjentem” (Yalom, 2003, s. 11). Te słowa dobitnie potwierdzają, że najważniejszym czynnikiem leczącym w psychoterapii, niezależnym od paradygmatów czy stosowanych technik i interwencji, jest dobra relacja terapeutyczna.

Propozycja psychologicznej pracy z filmem

Film trwa ponad dwie godziny, zatem na realizację zajęć akademickich z jego wykorzystaniem należałoby przeznaczyć trzy zajęcia (po 90 minut każde).

Pierwsze zajęcia (dyskusja przed projekcją filmu i początek projekcji)

Na pierwszych zajęciach proponowana jest godzinna dyskusja, po wcześniejszym wykonaniu zadania przez grupę (podzieloną na dwie podgrupy):

- a) Zadanie dla podgrupy 1: Jakimi cechami musiałby się odznaczać terapeuta, abyś zechciał skorzystać z jego usług? Jak musiałby się wobec ciebie zachowywać? W jakim gabinecie czułbyś się dobrze? Jakie informacje o terapii sprawdźbyś przed pierwszą u niego wizytą?
- b) Zadanie dla podgrupy 2: Jakimi cechami musiałby odznaczać się pacjent, abyś, będąc terapeutą, z chęcią podjął się jego terapii? Czy chciałbyś wiedzieć coś więcej o pacjencie przed spotkaniem? Czy chciałbyś, jako terapeuta, zostać temu pacjentowi w jakiś szczególny sposób polecony?

Temat dyskusji: jakie czynniki mają wiodące znaczenie dla powodzenia terapii dla terapeuty i dla pacjenta (czynniki z grupy specyficznych czy niespecyficznych)?

Ostatnie pół godziny pierwszych zajęć oraz całe drugie zajęcia przeznaczone są na obejrzenie filmu.

Pytania przed obejrzeniem filmu:

- a) Dlaczego Will przekona się do terapii u Seana, natomiast nie podejmie jej u wcześniej spotkanych terapeutów?
- b) Jakie zachowania występujących w filmie terapeutów zasługują na krytykę?
- c) W którym momencie Will zaczyna być pacjentem wewnętrznie zmotywowanym do psychoterapii? Jakie czynniki o tym decydują?
- d) Czy Sean, przeżywający osobiste trudności, powinien podjąć się terapii Willa?

Wskazówki dotyczące oglądania pierwszych 30 minut filmu:

- 26 minuta filmu (rozmowa profesora Lambeau z Willem w więzieniu) — zagadnienie: motywacja zewnętrzna do podjęcia psychoterapii,
- 28 i 30 minuta filmu (Will u pierwszych dwóch terapeutów) — zagadnienie: zachowania proksemiczne i niewerbalne w psychoterapii.

Drugie zajęcia (projekcja filmu)

Wskazówki w trakcie oglądania pozostałej części filmu:

- 33 minuta filmu (spotkanie prof. Lambeau z terapeutą Seanem Maguire) — zagadnienie: znaczenie wcześniejszego polecenia pacjenta terapii dla powodzenia psychoterapii — „pacjent protekcyjny”,
- 36 minuta filmu, (pierwsze spotkanie terapeuty z Willem) — zagadnienie: zachowania proksemiczne i niewerbalne w psychoterapii oraz zjawisko przeciwprzeniesienia,
- 42 minuta filmu (terapeuta siedzi w milczeniu w swoim domu, pije) — zagadnienie: zjawisko przeciwprzeniesienia, uruchomiony osobisty wątek terapeuty w procesie terapii z pacjentem,
- 45 minuta filmu (sesja w parku nad wodą) — zagadnienie: budowanie u pacjenta motywacji do terapii,

- 53 minuta filmu (sesja, na której Will ujawnia, że ma dziewczynę) — zagadnienie: pojawienie się wewnętrznej motywacji do terapii oraz problem odsłonięcia się terapeuty — konstruktywnego spożytkowania przeciwprzeniesienia w procesie psychoterapii,
- 62 minuta filmu (terapeuta opowiada o meczu baseballowym) — zagadnienie: problem odsłonięcia się terapeuty — konstruktywnego spożytkowania przeciwprzeniesienia w procesie psychoterapii,
- 80 minuta filmu (kłótnia Willa z jego dziewczyną Scylar) — zagadnienie: obecność przeniesienia w codziennym życiu pacjenta.

Trzecie zajęcia (dyskusja po projekcji filmu)

Na trzech zajęciach proponowana jest dyskusja dotycząca ukazanych w filmie zagadnień, w której moderowaniu pomocne mogą być poniższe pytania:

- a) Dlaczego główny bohater pozostał na terapii u ostatniego terapeuty, Seana Maguire'a (czym ten terapeuta różnił się od poprzedników)?
- b) Jak można wykorzystać przestrzeń gabinetu do celów diagnostycznych i terapeutycznych (w terapii indywidualnej, rodzinnej, w terapii par, w terapii grupowej)?
- c) Na czym polega dostrojenie się terapeuty do pacjenta?
- d) Co się działo w terapii po pierwszym spotkaniu z Willem i jakie to mogło mieć znaczenie dla niego samego i dla dalszej terapii chłopaka?
- e) Po czym można poznać, że pacjent ma reakcję przeniesieniową?
- f) Po czym terapeuta może poznać, że ma reakcję przeciwprzeniesieniową?
- g) Czy przeciwprzeniesienie szkodzi, czy pomaga w terapii, i dlaczego?
- h) Czy odsłanianie się terapeuty przed pacjentem jest czymś powszechnym w psychoterapii, czy nie, i dlaczego?
- i) Czy wydarzenia dziejące się w życiu osobistym terapeuty mają wpływ na przebieg prowadzonych przez niego terapii; jeśli tak, to jaki i czy w takiej sytuacji powinien prowadzić pracę terapeutyczną?
- j) Czy terapeuta może ujawniać szczegóły procesu psychoterapii danego pacjenta osobom trzecim?

Polecane filmy

Serce nie służy (Prime), prod. USA, 2005, reż. Ben Younger, czas trwania: 105 min

Rafi (Uma Thurman) pewnego dnia spotyka w kinie Davida. Ona jest trzydziestosiedmioletnią rozwódką, on ma 23 lata i talent do malowania. Wkrótce oboje zakochują się w sobie. Rafi o nowym związku opowiada swojej terapeucie Lisie (Meryl Streep), która okazuje się być matką Davida.

Jak zostać królem (The King's Speech), prod. Australia, USA, Wielka Brytania, 2010, reż. Tom Hooper, czas trwania: 118 min

W tym obsypanym nagrodami filmie w rolach głównych wystąpili Colin Firth jako Król Jerzy VI oraz Geoffrey Rush jako Lionel Logue, logopeda, który pomógł królowi przezwyciężyć problem jąkania się.

Polecane książki

- Gelso, Ch.J., Hayes, J.A. (2004). *Relacja terapeutyczna*. Przeł. O. Waśkiewicz, M. Rucińska. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Kottler, J.A. (2005). *Skuteczny terapeuta*. Przeł. E. Jusewicz-Kalter. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Sikorski, W. (2004). *Zachowania proksemiczne (przestrzenne) w relacji terapeutycznej*. „Psychoterapia”, 4 (131), s. 89—105.
- Kleszcz-Szczyrba, R., (2010). „Pomagać sobą” — rozważania na temat czynników niespecyficznych w psychoterapii związanych z osobą psychoterapeuty. „Psychoterapia”, 4 (155), s. 63—75.
- Kulik, T.B., Bieniasz, A., Pacian, A., Janiszewska-Grzyb, M. (2009). *Motywacja pacjenta do udziału w psychoterapii*. „Zdrowie Publiczne”, 119 (1), s. 90—94.

Bibliografia

- Aleksandrowicz, J. (2000). *Psychoterapia*. Warszawa: PZWL.
- APA (2002). *DSM — IV — TR Criteria for PTSD*. „Psychiatric News”, Vol. 37, No. 20, 25.
- Beck, A.T., Freeman, A. (1990). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: Guilford Press.

- Brzezińska, A., Stolarska, M., Zielińska, J. (2001). *Poczucie jakości życia w okresie dorosłości*. W: K. Appelt, J. Wojciechowska (red.), *Zadania i role społeczne w okresie dorosłości* (s. 103–126). Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora.
- Curtis, J.M. (1981). *Effect of therapist's self-disclosure on patient's impressions of empathy, competence and trust in an analogue of a psychotherapeutic interaction*. „Psychological Reports”, 48 (1), s. 127–136.
- Czabała, C. (2006). *Czynniki leczące w psychoterapii*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Deci, E.L., Ryan, R.M. (1985). *Intrinsic motivation, self determination In human behavior*. New York: Plenum Press.
- Drozdowski, P., Kokoszka, A. (1993). *Wprowadzenie do psychoterapii*. Kraków: AM im. M. Kopernika.
- Erikson, E. (1997). *Dzieciństwo i społeczeństwo*. Przeł. P. Hejmej. Poznań: Dom Wydawniczy Rebis.
- Filak, J., Abeles, N., Norquist, S. (1986). *Clients pretherapy interpersonal attitudes and psychotherapy outcome*. „Professional Psychology: Research and Practice”, 17, s. 217–222.
- Flaherty, J.A. (1979). *Self-disclosure in therapy: marriage of the therapist*. „American Journal of Psychotherapy”, 38, s. 442–452.
- Gelso, Ch.J., Hayes, J.A. (2005). *Relacja terapeutyczna*. Przeł. O. Waśkiewicz, M. Rucińska. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Givelber, F., Simon, B. (1986). *A death in the life of a therapist and its impact on the therapy*. „Psychiatria”, 44, s. 141–149.
- Grzesiuk, L. (red.). (2000). *Psychoterapia. Szkoły, zjawiska, techniki i specyficzne problemy*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Grzesiuk, L. (red.). (2005). *Psychoterapia. Teoria*. Warszawa: Eneteia.
- Grzesiuk, L., Suszek, H. (red.). (2010). *Psychoterapia. Integracja*. Warszawa: Eneteia.
- Guy, J. (2006). *Życie osobiste psychoterapeuty. Znaczące wydarzenia życiowe. Część 1: Wprowadzenie*. „Psychiatria i Psychoterapia”, t. 2, nr 1.
- Haley, J. (1995). *Niezwykła terapia: techniki terapeutyczne Miltona H. Ericksona: strategiczna terapia krótkoterminowa*. Przeł. M. Majchrzak, M. Przyłipiak. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Hanna, F.J. (1996). *Precursors of change: pivotal point of involvement and resistance in psychotherapy*. „Journal of Psychotherapy Integration”, 6, s. 207–222.
- Jędrasik-Styła, M., Styła, R. (2009). *Psychoterapia integracyjna: podejście eklektyczne, asymilatywne, integracji oraz czynniki wspólne*. „Psychoterapia”, 2 (149), s. 5–16.
- Kottler, J.A. (2005). *Skuteczny terapeuta*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Kratochvil, S. (2003). *Podstawy psychoterapii*. Przeł. M. Czabak, E. Matuska. Poznań: Zysk i S-ka.
- Kulik, T.B., Bieniasz, A., Pacian, A., Janiszewska-Grzyb, M. (2009). *Motywacja pacjenta do udziału w psychoterapii*. „Zdrowie Publiczne”, 119 (1), s. 90–94.
- Mohr, D.C., Butler, L.E., Engle, D., Shohan-Salomon, V., Bergan, J., Kaszniak, A.W., Yost, E.B. (1990). *Identification of Patients at risk for nonresponse and negative outcome in psychotherapy*. „Journal of Consulting Clinical Psychotherapy”, 58 (5), s. 622–628.

- Moras, K., Strupp, H.H. (1982). *Pretherapy interpersonal relations, patients' alliance, and outcome in brief therapy*. „Archives of General Psychiatry”, 39, s. 405—409.
- Potoczek, A. (1996). *Trudne momenty w procesie psychoterapii poznawczej*. „Psychoterapia”, 97, s. 53—68.
- Prochaska, J.E., Norcross, J.C. (2006). *Systemy psychoterapeutyczne. Analiza transteoretyczna*. Przeł. D. Golec, A. Tanalska-Dulęba, M. Zakrzewski. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia.
- Rakowska, J. (2006). *Skuteczność psychoterapii a cechy pacjenta i terapeuty*. W: L. Grzesiuk (red.), *Psychoterapia. Badania i szkolenie* (s. 155—158). Warszawa: Eneteia.
- Sifneos, P.E. (1978). *Motivation for change: A prognostic guide for succesful psychotherapy*. „Psychotherapy of Psychosomatic”, 3, s. 293—298.
- Sikorski, W. (2004). *Zachowania proksemiczne (przestrzenne) w relacji terapeutycznej*. „Psychoterapia”, 4 (131), s. 89—105.
- Weiner, M.F. (1982). *Self-exposure by the therapist as a therapeutic technique*. „American Journal of Psychotherapy”, 26, s. 42.
- Yalom, I.D. (2003). *Dar terapii*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia.
- Zeig, J., Munion, M. (2005). *Milton H. Erickson*. Przeł. I. Błaszczuk-Wisłińska, J. Mikulska, P. Wiśliński. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Summary

The chapter discussed the issue related to the factors healers in psychotherapy (on the patient and psychotherapist), which may be important for the success of psychotherapy regardless of the theoretical approach in which the therapist works. Discusses the characteristics of the patient associated with successful psychotherapy: motivation and the level of disorder, as well as the characteristics associated with successful psychotherapist psychotherapy: mental health therapist and his qualifications and experience, the importance of the therapeutic relationship to the success of psychotherapy and the phenomenon of transference in the therapeutic relationship.